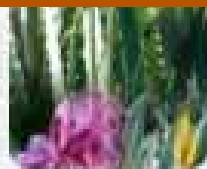


# COLECTÂNEA COLETÂNEA



## ENFERMAGEM E ÚLCERAS POR PRESSÃO: DA REFLEXÃO SOBRE A DISCIPLINA ÀS EVIDÊNCIAS NOS CUIDADOS



## ENFERMERÍA E ÚLCERAS POR PRESIÓN: DE LA REFLEXIÓN SOBRE LA DISCIPLINA A LAS EVIDENCIAS EN LOS CUIDADOS

## **FICHA TÉCNICA**

**Título:**

Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina às Evidências nos Cuidados

Enfermería e Úlceras por Presión: De la Reflexión sobre la Disciplina a las Evidencias en los Cuidados

**Editor:**

Grupo ICE – Investigação Científica em Enfermagem

**Coordenação:**

Luís Miguel Gomes

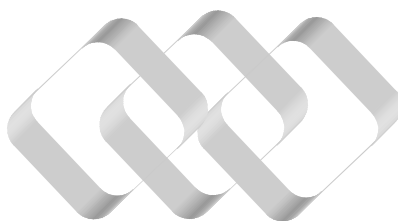
**Tradução e Revisão técnica:**

Leocádia Cardoso

**Capa e Design:**

Alexandre Rodrigues

**ISBN: 978-972-8612-41-2**



## **Impacto social y económico de las Úlceras por Presión**

*J. Javier Soldevilla Agreda*

*José Verdú Soriano*

*Joan Enric Torra i Bou*



### **Introducción**

Permítannos los lectores de este capítulo situar nuestro escenario en el territorio español en estos albores del siglo XXI para acercar un tema que no hace mucho presentábamos en una monografía al uso<sup>1</sup>, como “Un problema de Salud Pública”, “Una Epidemia Viva, aún en el siglo XXI”, y con el credo de que estas credenciales, con desigual intensidad, están presentes en los otros países de nuestro entorno cultural y económico.

Una epidemia viva, como trataremos de documentar que sin embargo no ha sido reconocida hasta la fecha como alarmante, menos preocupante, para nuestros servicios sociales y sanitarios y para el global de esta Sociedad del bienestar de la que se nutre.

A distinción de enfermedades de última generación, sobre las que mucho queda por conocer, en las que los esfuerzos de la



ciencia para atenuarla son sólidos y por las que la conciencia social y profesional cierran filas, sobre las úlceras por presión (upp), sabemos casi todo. Sabemos rotundamente como se producen, aunque en estos momentos se actualice la jerarquización de los mecanismos responsables, como se evitan casi en la totalidad de las situaciones y la forma más certera de tratarlas cuando se presentan. Esta enfermedad para unos, accidente asistencial para otros, proceso menor para muchos a tenor de cómo se vela por ellas, es un problema por y con el cual, en pleno siglo XXI nuestros conciudadanos, especialmente ancianos, discapacitados, enfermos en situación terminal de su enfermedad, mueren.

No quisiéramos pensar que esta ignorancia y sinrazón, tiene que ver con la relevancia social de aquellos grupos que mayormente se enfrentan a estos procesos. No sería un testimonio loable de nuestra Sociedad.



### **Las úlceras por presión. Sus consecuencias sobre el estado de salud, la calidad de vida y la propia vida**

Son numerosos los estudios que evidencian que las upp se pueden producir en apenas unas pocas horas y tardar meses en curarse.

Muchas personas con upp experimentan dolor, aunque se estima que sólo una tercera parte de las que las padecen pueden manifestarlo por su estado, y de manera muy manifiesta en el grupo de los más mayores de nuestra sociedad.

Nadie discute que estas lesiones presentan una morbilidad asociada importante, pudiendo ser pasto de numerosas complicaciones, destacando especialmente las relacionadas con la sobreinfección, local a sistémica, que alterarán la dinámica terapéutica, y aumentan notoriamente la probabilidad de morir, de 2 a 4 veces superior en personas de edad avanzada<sup>2</sup> y en pacientes de cuidados intensivos<sup>3</sup>. Si aparecieran complicaciones en la cicatrización, la tasa se multiplica hasta seis veces<sup>4</sup>.



En Estados Unidos se calcula que aproximadamente un millón de personas hospitalizadas o que viven en residencias son diagnosticadas de upp y cerca de 60.000 mueren como consecuencia de complicaciones por ellas.<sup>5</sup>

Allman<sup>6</sup> encontró en un estudio prospectivo entre los años 1988 y 1992 en pacientes inmovilizados con una edad media de 73 años, una mortalidad entre los que desarrollaron upp del 59,4 % (24,3% en el hospital y un 35,1% un año después de ser dados de alta del hospital).

En nuestro país el estudio de Anaya et al<sup>7</sup> señala una mortalidad de un 41,9% en el periodo de un año, entre 248 pacientes geriátricos con upp ingresados en un hospital público andaluz.

En el año 2003 Verdú et al<sup>8</sup> publicaron un estudio sobre la mortalidad por úlceras por presión como causa básica de defunción en España desde el año 1987 hasta el año 1999, en personas mayores de 65 años.

Entre los hallazgos más importantes de este trabajo cabe destacar que la probabilidad de que una persona muera como consecuencia de una upp aumenta con la edad y que es un problema que afecta en mayor medida a las mujeres. Encontraron tasas ajustadas de hasta 20 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y hasta 31 por cada 100.000 habitantes en mujeres, según comunidad autónoma y período estudiado.

En los trece años estudiados murieron en España 5268 personas mayores de 65 años como consecuencia de una upp. En el año 1999 por cada 100.000 defunciones en España, 165 eran por estas lesiones.

Como entendieron los autores de este estudio, y que suscribimos, esto podría ser considerado sólo como la punta del iceberg, pues sólo hace referencia a las upp registradas como causa básica de muerte, quedando sin duda un número mucho mayor de aquellas como causa mencionada y/o complementaria a la muerte de un individuo, sin olvidar la heterogeneidad y raquitismo en la





cumplimentación de los certificados de defunción en nuestro país, utilizados como fuente documental en este estudio.

### **El alcance epidemiológico de las úlceras por presión.**

El impacto social de un problema de salud, habitualmente no está relacionado en exclusiva por el número de personas afectadas, pero difícilmente alcanza cotas de consideración, trascendiendo a lo anecdótico o mediático, si el grupo de pacientes aquejados no es abultado y posible el encontrar a alguien con ese proceso en tu entorno más inmediato. Paradójicamente veremos como este principio se incumple ante los pacientes con úlceras por presión.

En el año 2002, el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), publicó los resultados de un estudio piloto de prevalencia<sup>9</sup>, realizado en hospitales, de cinco países europeos (Bélgica, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia) y que supone una muestra de más de 5.000 pacientes de hospital. La prevalencia promedio para estos países fue de 18,1%, variando desde el 8,1% en Italia hasta el 22,9% en Suecia. Thoroddsen<sup>10</sup> realizó una encuesta nacional de prevalencia en Islandia, también en hospitales (22 hospitales), donde la prevalencia fue de 8,9%, las upp más frecuentemente identificadas las de estadio I y la localización predominante en los pies. Más del 80% de estos pacientes también eran mayores de 70 años. Bours et al<sup>11</sup> llevaron a cabo un amplio estudio de prevalencia en los Países Bajos (Holanda) donde se incluyeron 89 instituciones de diversa índole. La prevalencia media de este estudio fue de 23,1% (oscilando entre 13,2% y 34,8%). La localización y severidad es bastante semejante a los estudios mencionados. Melotti et al<sup>12</sup> determinaron una prevalencia de 7,1% (variando entre 2,9% y 9,7%) en la región italiana de la Emilia-Romagna.

También en EEUU y Canadá el rango de la prevalencia es amplio, cifrándose entre un 4,7 % y un 33 % para pacientes con lesión medular que vive en su domicilio. Son muy diferentes los resultados en razón de los métodos de cálculo de los indicadores así





como los criterios de inclusión y exclusión en la recogida de datos, pareciendo claro que la mayor incidencia se produce en los ambientes hospitalarios mientras que la mayor prevalencia se da en las unidades de larga estancia como los centros geriátricos o los domicilios de los pacientes<sup>13</sup>.

En España, hasta hace apenas unos años, no hemos podido disponer de una información epidemiológica sobre las úlceras por presión que trascendiera de realidades locales concretas, y a menudo con enfoques metodológicos que dificultaban su comparación.

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) canalizó esta sentida necesidad de concienciar<sup>14,15</sup>, tanto a los profesionales sanitarios como a la sociedad, acerca de la importancia del problema de las upp, eligiendo inicialmente como vehículo la realización durante el año 1999 de un estudio de prevalencia de las upp en la Comunidad Autónoma de la Rioja<sup>16</sup> en la que se estudiaron los tres niveles asistenciales, atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria. Como principales resultados de este estudio podemos destacar que la prevalencia de úlceras por presión en hospitales de agudos fue del 12,26%, en las instituciones sociosanitarias del 12,84% y en la comunidad del 0,26% para el total de mayores de 65 años que seguían residiendo en sus domicilios. El 43% de los pacientes portadores de úlceras por presión en la Rioja estaban en la comunidad, el 34,6% en centros sociosanitarios y el 19,9% en hospitales de agudos.

Este primer estudio generó una información epidemiológica de enorme valía, sirviendo de pilotaje de estudios posteriores con miras a todo el territorio español. El Primer Estudio Nacional sobre Prevalencia de upp en España<sup>17</sup>, desarrollado por el GNEAUPP se inició a finales de 2001.

Se utilizó un cuestionario postal validado previamente, que se difundió entre los miembros del GNEAUPP, lo que pudo suponer para el estudio un posible sesgo a la baja ya que se trataría a buen





seguro de personas con una mayor sensibilidad ante el problema de las upp.

La prevalencia de upp en el grupo de pacientes atendidos desde la atención primaria se estimó en un 8,34% de los pacientes que recibían atención domiciliaria (AT DOM), un 0,54% de los mayores de 65 años o un 0,11% de los mayores de 14 años. Eran las lesiones presentes en este nivel asistencial las de mayor antigüedad, severidad y superficie.

La prevalencia media de upp estimada en Hospital fue del 8,81 +/- 10,21 (DS) % (IC95%: 7,38; 10,24) y en Centros Sociosanitarios según los datos reportados fue del 7,6 +/- 6,68 (DS) % (IC95%: 6,15; 9,04), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 31,58%.

Partiendo de la experiencia generada en los estudios epidemiológicos referidos, en Mayo de 2005 y en colaboración con la División de Cuidado de Heridas de Smith&Nephew se dio forma al 2º Estudio Nacional para estimar la prevalencia puntual y media de upp a partir de una muestra no aleatoria. Se remitieron por correo un total de 2.500 cuestionarios entre todos los miembros del GNEAUPP y otros 2.500 cuestionarios repartidos por la red comercial de la empresa patrocinadora, solicitando a los profesionales de atención primaria que informasen acerca de su lista de usuarios mayores de 14 años y a los de unidades de hospitalización o de centros sociosanitarios que informasen acerca de los pacientes de sus respectivas unidades.

los profesionales que respondieron a los cuestionarios informaron acerca de 1.791 pacientes con upp, reportando información acerca de un total de 2.837 lesiones.

de los 704.572 usuarios mayores de 14 años estudiados en atención primaria a través de los cuestionarios recepcionados, 147.614 fueron mayores de 65 años (un 20,95% de los usuarios mayores de 14 años estudiados) y 12.937 recibían atención domiciliaria (1,83% de los usuarios mayores de 14 años estudiados). en este contexto se estimó una prevalencia media en mayores de 14







años del 0,2 +/- 0,5 ( $ic_{95} = [0,1-0,2]$ ), en pacientes mayor o igual a 65 años, 0,7 +/- 0,9 ( $ic_{95} = [0,6-0,8]$ ), y para población incluida en programa de atención domiciliaria: 9,11 +/- 10,9 ( $ic_{95} = [7,6-10,6]$ ).

la prevalencia media de upp en los hospitales según los datos reportados fue de 8,91 +/- 12,20 ( $ic_{95} : [7,5 - 10,3]$ ), con un valor mínimo del 0,0% y un valor máximo del 100,0%, apreciando diferencias ostensibles entre unidades (unidad médica : 8,23 +/- 8m84) (quirúrgica general : 3,00 +/- 3,68) (cuidados intensivos : 22,07 +/- 20,36) . esta situación de elevada prevalencia en los hospitales se ve agravada por el hecho de que un 21% de los pacientes con upp son menores de 65 años, un 4% más que en el estudio de 2001.

En referencia a las unidades correspondientes a centros sociosanitarios, la prevalencia media se situó en el 10,9 +/- 11,9 ( $IC_{95} : [9,0 - 12,8]$ ), con un valor mínimo del 0% y un valor máximo del 73,7%.

El citado 2º estudio nacional de prevalencia permitió disponer de información sobre un total de 2.837 upp, 782 en atención primaria (un 27,6%), 1.134 en hospitales (un 40%) y 921 en atención sociosanitaria (un 32,5%). 657 úlceras (un 23,2%) eran de estadio I, 1.063 (un 37,5%) de estadio II, 766 (un 27%) de estadio III y 336 (un 11,8%) de estadio IV. Un 22,7% del total de las lesiones eran recurrentes.

Las lesiones detectadas tenían un promedio de 118 +/- 335 días de antigüedad ( $IC_{95} = [104,5-131,2]$ ; con un valor mínimo de 1 día y máximo de 9.000 días).

Un 61,3% de las lesiones presentes en atención primaria se han originado en el domicilio del paciente y son las de mayor severidad, quizá relacionado con que en atención primaria tienen la menor tasa de comisiones de upp y protocolos al efecto, no se utilizan los indicadores epidemiológicos y es donde menos se valora el riesgo del paciente, sumado a que los cambios posturales, sin entrar a medir el uso de superficies especiales para el manejo de la presión,





son una medida suficientemente utilizada sólo en una cuarta parte de los casos.

Este estudio analizó al tiempo un problema de salud que aparece frecuentemente asociado al riesgo de desarrollar upp, como es la incontinencia, detectando que entre el 80% y el 90% de los pacientes con upp son incontinentes, siendo además la zona sacra la localización más frecuente.

Si tenemos en cuenta las cifras de prevalencia estimadas en el presente estudio, tanto en tasa cruda como media, y a partir de los estudios de Posnett y Torra<sup>18,19</sup>, las proyectamos sobre la población general mayor de 14 años a enero de 2005, estaríamos hablando de que entre 57.000 y 100.000 pacientes con upp atendidos diariamente en España. Además, el 84,7% de los pacientes con upp son mayores de 65 años lo que supone entre 48.000 y 85.000 pacientes mayores de 65 años con upp atendidos diariamente en España.



Las cifras obtenidas en nuestro país parecen estar en consonancia con las encontradas en la bibliografía para realidades más locales o para otros países de nuestro entorno socioeconómico, sin embargo el tratamiento de estas cifras, su sonoridad en acciones emprendedoras en materias preventiva, terapéutica y educacional, poco tienen que ver.

## **Repercusión económica de las úlceras por presión**

A pesar de tratarse de un problema de salud importante en cuanto a pacientes afectados, se dispone de muy poca información acerca del coste global de la atención de las upp, en la que se conjuga un elevado gasto farmacéutico directo (materiales de limpieza local, apósitos, tratamiento de las complicaciones, intervenciones quirúrgicas y diagnósticas, tratamiento del dolor, incrementos de tiempos de cuidados, aumento en las estancias



hospitalarias etc. ) y otros costes indirectos ( costes relacionados con la calidad de vida y ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, incluso los nacientes gastos por litigio relacionados ...) <sup>20,21</sup>.

El estudio de costes asociados a las upp más preciso en el ámbito europeo fue sin duda el abordado por Bennet, Dealey y Posnett en el Reino Unido <sup>18</sup>.

Los costes del tratamiento fueron determinados por los autores mediante una metodología inductiva. Desarrollaron protocolos de cuidados para reflejar buenas prácticas clínicas en el tratamiento de úlceras por presión de diferentes grados, definiendo la utilización diaria de recursos relacionada con el tratamiento. El cálculo del coste consideraba que los pacientes recibían los cuidados en una instalación institucional en la que no se les ha ingresado únicamente para el cuidado de úlcera por presión. Los costes de hospitalización se derivan de la parte de pacientes que desarrolla complicaciones como celulitis u osteomielitis. Cifraron costes medios diarios en función del grado de la úlcera para pacientes que se curan de modo normal (sin complicaciones significativas relacionadas con la úlcera) y ante los motivos más comunes por los que se retrasa la curación: colonización crítica, celulitis y osteomielitis, calculando el coste adicional asociado a la resolución de cada una de estas complicaciones. Obtuvieron una matriz de dieciséis estados de salud relacionados con las úlceras. Las estimaciones del tiempo de curación medio esperado y de la incidencia de complicaciones las extrajeron de un informe estructurado de bibliografía clínica <sup>22-33</sup> a partir de una búsqueda de los trabajos publicados sobre este tema desde 1966 hasta el año 2000 representando las mejores pruebas disponibles en ese momento.

Estimaron finalmente que el coste de tratar una upp puede varia desde 1.080 Libras esterlinas para el estadio I hasta las 15.000 para el estadio IV, poniendo de relieve que el coste se incrementa con el estadio porque se aumenta el tiempo de cicatrización y la incidencia de complicaciones. Se estimó un coste para el sistema de





atención sanitaria y social de unos 2000 millones de libras esterlinas anuales (lo que suponía cerca de un 5,1% del gasto bruto del Servicio de Salud Británico en el ejercicio 1999/2000).

El Estudio de Prevalencia de Úlceras por Presión en la Rioja (1999)<sup>16</sup>, con unas estimaciones claramente a la baja, permitió una primera aproximación global al costo del tratamiento anual de todo el país, cifrándose éste por encima de los setenta mil millones de las antiguas pesetas.

Con base en el citado estudio británico<sup>18</sup>, sin duda el más amplio y metodológicamente certero en el cálculo de costes derivados del tratamiento de las úlceras por presión en un país europeo, el Dr. Posnett y Torra<sup>19</sup>, extrapolaron los datos a la realidad económica española y los valores epidemiológicos disponibles, determinando costes por episodio de 211 € para el estadio I y de 16.600 € para el estadio IV. El coste global anual para nuestro sistema se estimó en 1.687 millones de €, lo que supondría un 5,2% del gasto sanitario total de nuestro país.



En coherencia con la línea de investigación iniciada en 1999<sup>16</sup> en el seno del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), se planteó la realización de un estudio<sup>34</sup> que permitiese cuantificar las diferentes variables implicadas en el coste de estas lesiones, con datos lo más cercanos posibles a la realidad de nuestro país en lo relativo a:

- Los costes en los tres habituales escenarios asistenciales (pacientes tratados en atención primaria de salud, en hospitales y en centros sociosanitarios).
- Los costes totales y separados por las siguientes variables: tiempo de enfermería, estancias hospitalarias añadidas para hospitales y centros sociosanitarios y materiales.

Para el cálculo de los indicadores de costes se realiza en este estudio la triangulación de la información proveniente de tres fuentes de datos primarias:



a) Los datos relativos al número de upp tratadas en los tres niveles asistenciales, provenientes del aludido 2º Estudio Nacional de Prevalencia de upp realizado en el año 2005 por el GNEAUPP aportando información relativa a la prevalencia de upp, tipología de lesiones según estadio, antigüedad de las lesiones, superficie de las mismas y lugar dónde se habían originado, tanto en atención primaria, como en la atención hospitalaria y sociosanitaria.

b) La información relativa al tiempo estimado para la cicatrización según el estadio de las úlceras, proveniente del análisis de los cuestionarios administrados a un panel de expertos a los que se solicitaba información relacionada con el tratamiento de las upp incidiendo en el tiempo estimado para la cicatrización de lesiones según superficie, estadio y nivel asistencial, tiempo para realizar las curas, estimación de la ocurrencia de infecciones locales y generales, valoración del incremento de estancias hospitalarias en hospitales y centros sociosanitarios y porcentaje de lesiones atendidas dentro y fuera de cada nivel asistencial.

c) La cuantificación del coste de los diferentes elementos que componen el coste total del tratamiento de las upp, estableciéndose en una primera fase los materiales necesarios para la realización de una cura “tipo” para el tratamiento en los tres niveles asistenciales de upp de diferentes estadios y superficies y una posterior asignación de costes, tanto a los recursos humanos, como a los materiales e institucionales en base a diferentes fuentes de información, tanto a nivel nacional, como a nivel regional.

El 2º Estudio Nacional de prevalencia del GNEAUPP<sup>35</sup> permitió evidenciar, en promedio, 53000 pacientes afectados con 1,6 upp por paciente, lo que supondría aproximadamente un total de 85.000 lesiones.

El coste por episodio fue calculado en base a la ponderación de los costes de las diferentes dimensiones posibles de acuerdo con las frecuencias de diferentes tipos de superficies que se pudieron extraer de la base de datos de upp del Estudio de prevalencia ya mencionado. Dado que el tiempo de evolución de las lesiones es





necesariamente menor que el tiempo para cicatrizar, nos encontramos ante una estimación a la baja del coste por episodio. El coste por paciente tiene en cuenta el hecho de que un paciente puede tener más de una lesión.

La tabla 1 recoge una estimación del coste nacional anual del tratamiento de las upp en España por niveles asistenciales.

**Tabla 1:** *Costes nacionales de tratamiento de las UPP en España por nivel asistencial \**

<b>Estádío de las lesiones</b>	<b>Atención primaria (millones de euros)</b>	<b>Hospital</b>	<b>Atención sociosanitaria</b>
<b>I</b>	7.18	2.8	1.98
<b>II</b>	23.97	15.75	101.62
<b>III</b>	34.68	62.90	87.87
<b>IV</b>	38.74	39.59	44.32
<b>Todas</b>	104.57	121.04	235.79
<b>461 millones de €</b>	(22.7%)	(26.2%)	(51.1%)

\* Sector dónde se ha proporcionado la mayor parte de cuidados

Este coste total nacional del tratamiento de las upp en un año se puede desglosar en base a sus componentes principales: tiempo de enfermería, materiales y coste de estancias extra en hospitales o centros sociosanitarios (tabla 2).





**Tabla 2:** Costes nacionales del tratamiento por tipo de componente

Estadio de las lesiones	Costo total (millones de euros)	Materiales	Tiempo de enfermería	Estancia extra hospital	Estancia extra sócio-sanitaria
I	11.96	7%	93%	-	-
II	141.34	12%	14%	48%	26%
III	185.45	15%	19%	44%	22%
IV	122.66	16%	20%	45%	19%
<b>Todas</b>	461 mill €	67.4 mill €	88.6 mill €	205.8 mill €	997 mill €
		14.6%	19.2%	44.6%	21.6%

La tabla 3 expresa en valores medios los costes correspondientes al tratamiento de una upp según su estadio y nivel asistencial contemplando las posibles complicaciones (infección y estancia extra);



**Tabla 3.** Coste medio del tratamiento de una upp por paciente y por nivel asistencial principal

	APS	Hospital	Sociosanitaria
<b>Estadio I</b>	108 €	24 €	43 €
<b>Estadio II</b>	220 €	136 €	1 767 €
<b>Estadio III</b>	655 €	2 309 €	3 282 €
<b>Estadio IV</b>	2 868 €	6 802 €	4 935 €

La información presentada fue realizada en base a la asunción de que todos los pacientes eran tratados con apósitos de cura en ambiente húmedo. A pesar de que los apósitos de cura en ambiente húmedo son más caros, sus ventajas tecnológicas permiten un menor número de cambios y su utilización un acortamiento de los tiempos de cicatrización, con lo que los costes globales disminuyen de manera significativa<sup>36</sup>.





El coste total anual estimado del tratamiento de las upp en España sería de 602 millones de Euros si se tratasen todas con apósitos tradicionales frente a un coste de 461 millones de euros si fuesen tratadas con apósitos de cura en ambiente húmedo, es decir, 141 millones o un 31% más.

Como pueden apreciar a la vista de estos datos económicos, el coste de tratar las upp en España, recordando la estimación a la baja que plantea este reciente estudio, supone un importante desembolso para el sistema sanitario y la sociedad en general, rondando cifras que superan el 5% del gasto sanitario anual de nuestro país<sup>37</sup>.

Por las peculiaridades que rodean a este tipo de lesiones, tampoco en términos económicos las upp han sido tenidas en cuenta como un importante problema. Si llevamos a cabo una relación comparativa con problemas de salud que, a primera vista, resultan mucho más importantes para el sistema sanitario y la sociedad en general, como por ejemplo, el SIDA o la diabetes tipo II, tendremos una idea más clara de la dimensión que alcanza el problema de las upp:

- Según los indicadores de infección por VIH y SIDA en España, publicados en 2006<sup>38</sup>, el gasto anual para el tratamiento con antirretrovirales ascendió a unos 422 millones de euros en 2004, mientras que en nuestro caso, la opción más barata relacionada con el tratamiento de las upp (cura en ambiente húmedo) nos sitúa en un gasto de 461 millones de euros, o la más cara (cura tradicional) en 602 millones.
- El coste anual por paciente tratado de diabetes tipo II supone, según datos del año 2001, 1.305,15 euros (su coste anual sería de unos 326.000 millones de las antiguas pesetas, lo que significa el 4,4 por ciento del gasto sanitario total español)<sup>39,40</sup> frente a una horquilla promedio, en el caso del tratamiento de las upp, entre 1.298 y 1.695 euros, según







el tipo de tratamiento (cura en ambiente húmedo o tradicional).

## **Consideraciones legales y éticas relacionadas con las Úlceras por Presión**

Partiendo del reconocimiento que toda la comunidad científica hace sobre la posibilidad de prevenir las úlceras por presión al menos en un 95 % de los casos<sup>41</sup>, la incidencia de estas lesiones pueden ser, a primera vista, consideradas como una muestra de negligencia asistencial con importantes implicaciones legales y éticas para los profesionales, así como para las instituciones en las que estos prestan sus servicios y por ende los gestores de las mismas<sup>42-49</sup>.

Desde hace más de una década, en muchos países de nuestra área de influencia las instituciones de cuidados, la judicatura y cada vez más la sociedad en general, se han pronunciado con rotundidad sobre las úlceras por presión, sobre su previsibilidad, severidad, gravedad, habiendo propiciado cambios muy notorios en el comportamiento de profesionales, instituciones y ciudadanía.

Por poner un ejemplo cercano, en el Reino Unido<sup>50</sup> el problema legal de las upp se puede tratar tanto desde el derecho penal, el derecho civil, como mediante procedimientos disciplinarios, ya sean profesionales o de la propia institución. El derecho penal puede resultar de aplicación si se pueden establecer elementos de negligencia graves y se puede demostrar que ésta provocó la muerte o severas complicaciones. En tales casos, los individuos que hayan intervenido en el proceso se pueden llegar incluso a encontrar frente acusaciones de homicidio.

Se hace necesario añadir a lo anterior, la creciente tendencia en varios de estos países próximos a entender que la aparición en los pacientes de úlceras por presión puede ser considerado como maltrato. La comunidad científica americana incluye a las upp entre los biomarcadores forenses que pueden





ayudar a evaluar la existencia de abuso o maltrato en ancianos<sup>51</sup>. El maltrato a los ancianos supone, según la comunidad científica de ese país, una violación de los derechos humanos. En el mismo sentido se están pronunciando en el Reino Unido<sup>52</sup> donde se considera que en litigios sobre upp “causará gran impacto” la Declaración de Derechos Humanos de 1948, ya que las acciones por negligencia pueden basarse en vulneración de los derechos humanos al suponer un trato inhumano, cuando el estado actual de la ciencia permite evitar, tanto la aparición de upp como el deterioro de upp a estadios superiores o graves complicaciones,

Desde los años sesenta y hasta la fecha en España se está produciendo un significativo cambio de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria, todavía no tan desarrollada en el ámbito social o sociosanitario, pasando de considerar las negligencias médicas como algo inherente al riesgo de la vida y al hecho de someterse a cualquier intervención, a un cuestionamiento, en ocasiones exagerado, de los resultados de las actuaciones y prestaciones sanitarias<sup>53</sup>.



En el último decenio se ha asistido a un discreto despertar de reacciones, reclamaciones y denuncias<sup>54</sup>, por parte de los usuarios y sus familiares en relación con las upp, al alejar la clásica concepción social que entendía a éstas como algo inherente a la edad avanzada, situaciones de terminalidad o inmovilidad del paciente y cerciorarse de que se pueden evitar en un altísimo porcentaje con una prevención adecuada, unas sencillas pautas profilácticas, y con el uso del material adecuado (existente en el mercado y recomendado por las guías de práctica clínica de la comunidad científica), así como que la falta de prevención o un tratamiento incorrecto o inadecuado pueden acabar con graves lesiones como la amputación, e incluso la muerte del afectado. Todavía, no obstante, hay ausencia de jurisprudencia al respecto y prácticamente nula actividad investigadora sobre la documentación jurídica que puede contemplar estos procesos, pero los profesionales responsables del cuidado y las instituciones sanitarias



y socio-sanitarias vamos a tener que responder ante la justicia de esta clara negligencia clínica. Quizá aunque lamentable, sea otro eficaz revulsivo para conseguir que se reconozca su verdadera importancia y el valor soberano y efectivo de su prevención.

En clara sintonía con las consideraciones legales relacionadas con las upp y desde un planteamiento ético-racional, el conocimiento de los profesionales de la evitabilidad masiva (casi de la totalidad de los casos) de las upp con adecuadas medidas preventivas, y su no implementación, o no de la forma adecuada, hasta posibilitar la aparición de una upp, amenaza algunos de los principios bioéticos, otros principios éticos y morales que rigen en el ser humano de forma universal, y los derechos humanos, con una dote añadida de complejidad, al tratarse en muchos casos, de personas mayores, donde las consideraciones éticas van a participar de una sutil especificidad.

Entre los principios éticos, señalados por Thiroux<sup>55</sup>, interdependientes y aplicables en cualquier situación, el principio del valor de la vida puede verse vulnerado ante una situación, como la que nos ocupa, en la que el desarrollo negligente de upp puede poner en peligro seriamente la vida.



El principio de lo bueno y lo correcto reclama, como apuntan varios autores<sup>56-58</sup>, promocionar la bondad por encima de la maldad, no causar daño ni malestar e impedir el malestar y el daño. La no evitación de upp, a sabiendas de cómo hacerlo, y las trascendentes y lesivas consecuencias de las mismas, confirman el atentado a este principio, que puede ser previo al resto de los principios de la ética.

La negligencia, como lesión del derecho a la salud, y como consecuencias el desarrollo de una o varias upp, conculca el principio bioético de autonomía, al desprotegerlo.

El Informe Belmont<sup>59</sup>, establece que las personas son tratadas de una forma ética no solo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar, siendo dos las expresiones que acompañan a



esta afirmación: no hacer daño y extremar los posibles beneficios, minimizando los posibles riesgos.

## Conclusiones

Las upp son un problema que afecta al sistema social y sanitario de todos los países desarrollados y prueba de ellos es que ante sus dimensiones y alcance se han definido políticas específicas en diferentes sistemas de salud, tal es el caso de gran bretaña con la inclusión de objetivos concretos en el documento de “health of the nation” orientados a la disminución de su incidencia, o en los estados unidos con estrategias federales orientadas hacia la consecución del objetivo de reducir la prevalencia de upp en centros socio sanitarios en un 50% para el año 2010<sup>60</sup>.

En nuestro país, tras de una efímera inclusión del problema de las upp en un Plan de Salud Regional<sup>61</sup>, hemos asistido hace unos pocos meses por primera vez en la historia del Sistema Nacional de la Salud a la presentación dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de la Salud<sup>62</sup>, pendiendo del principio de Fomento de la Excelencia al enunciado de una estrategia tendente a “mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud“, y en concordancia con estrategias y recomendaciones de distintos organismos internacionales y con el objetivo de disminuir los efectos adversos secundarios a la atención prestada, por su elevada morbimortalidad y repercusiones económicas y sociales se alientan proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas entre las que se incluyen la prevención de upp en pacientes en riesgo.

Por primera vez en un Plan de Calidad de carácter nacional, las upp se hacen evidentes como un Problema de Salud, y debutan de la mano de una sonora amenaza: la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios.





Pam Hibbs<sup>63</sup>, en la década de los ochenta, tuvo el gran acierto de dibujar el problema de las úlceras por presión como una “Epidemia debajo de las sábanas”, ilustrando de una manera muy didáctica la envergadura epidemiológica de estos lamentables procesos de pérdida de salud y acoger una doble metáfora relacionando el territorio de nuestro cuerpo que comúnmente se ve afectado, y al tiempo, la situación de hermetismo, desconocimiento y, amparado en ese plano más íntimo-doméstico, inherentemente, la devaluación del problema.

Pero, reconociendo hoy toda su vigencia, se debería aumentar su acepción con un nuevo adjetivo que debiera acompañar al indiscutible perfil epidémico que los más actuales estudios atestiguan: también es una epidemia a la vez “ignorada” y “desatendida”.

Es posible que sin un esfuerzo de todos los actores implicados, el número de afectados aumente en el futuro, a expensas del crecimiento numérico del grupo de los más mayores y dependientes de nuestra Sociedad.

Hoy se conocen las fórmulas para prevenir acertadamente estos procesos en todas las instancias donde sea necesario, con unas dotes elevadas de efectividad, siempre que se conjuguen procedimientos, materiales, profesionales y sensibilidad, expresada en facilitación de formación y materiales, por parte de los administradores de los establecimientos sanitarios o residenciales.

No es posible demorar por más tiempo una acción decidida con intervenciones eficaces, efectivas y eficientes; y especialmente permitir de una vez el nacimiento del crédito para las upp como un verdadero problema de salud pública.

Como apuntamos en un reciente foro<sup>64</sup>, “el estado actual de conocimiento y desarrollo social, ha de lograr desterrar la concepción de las úlceras por presión como un proceso banal, fatal, inevitable y silente”. Estas líneas sobre su impacto entendemos que pueden ser un buen contribuyente a esta causa.





## Bibliografía

1. Soldevilla JJ; Navarro S.; Rosell C; Sarabia R; Valls G. Problemática de las úlceras por presión y sus repercusiones legales. Madrid: SPA Grupo Drugfarma 2004.
2. Thomas DR, Goode PS, Tarquine PH, Allman RM. Hospital-acquired pressure ulcers and risk of death. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(12):1435-1440
3. Clough NP. The cost of pressure area management in an intensive care unit. *J Wound Care* 1994; 3:33-35
4. Suntken G, Starr R, Ermer-Seltun JA, Hopkins L, Preftakes D. Implementation of a comprehensive skin care program across care setting using the AHCPR pressure ulcers prevention and treatment guidelines. *Ostomy/Wound Management* 1996; 42(2):20-32
5. Warren JB, Poder LH, Young-Mc Caughan S. Development of a decision tree for support surfaces: a tool for nursing. *Medsurg Nursing* 1999; 8(4): 239-248
6. Allman RM. The impact of pressure ulcers on health care costs and mortality. *Advances of Wound Care* 1998; 11(3 suppl):2
7. Anaya J, Cañas M<sup>a</sup>, Domínguez A, Sepulveda A, López MP, Moreno S, Bujalance J, Alcaide A, Rodríguez A, Reyes AM, Vallejo J. Estudio epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. *Gerokomos* 2002; 11(2): 102-110
8. Verdu J, Nolasco A, García C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Periodo 1987-1999. *Gerokomos* 2003; 14(4): 212-226
9. Clark M, Bours G, Defloor T (on behalf of the EPUAP Prevalence Working Group). Pressure Ulcer Prevalence Monitoring Project. Summary report on the prevalence of pressure ulcers. *EPUAP Review* 2002; 4(2). Disponible en [http://www.epuap.org/review4\\_2/page8.html](http://www.epuap.org/review4_2/page8.html) (Consultado el 24/09/2005)
10. Thoroddsen A. Pressure sore prevalence: a national survey. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 8:170-179
11. Bours G, Halfens R, Abu-Saad H, Grol R. Prevalence, Prevention, and Treatment of Pressure Ulcers: Descriptive Study in 89 Institutions in The Netherlands. *Research in Nursing and Health* 2002; 25:99-110
12. Melotti RM, Fortuna D, Chiari P, Cavicchioli A, Mongardi M, Santullo A, Grilli R. Prevalenza e modalità di prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. *Epidemiol Prev* 2003; 27(3):141-146
13. Thomas DR. Prevention and treatment of pressure ulcers: What works? What doesn't? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2001; 68(8):704-722
14. Torra i Bou JE. Epidemiología de las UPP o el peligro de una nueva Torre de Babel. *Rev Rol Enf* 1998; 238: 75-88
15. Torra i Bou JE, Soldevilla Agreda JJ. Libro blanco de las úlceras por presión en España. I Congreso Iberoamericano de Geriátría. III Simposio del GNEAUPP (Libro de actas). Logroño. ConvaTec SA 2000, 45-7







16. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. *Gerokomos* 1999; 10(2): 75-86
17. Torra JE, Rueda J, Soldevilla JJ, Martínez F, Verdu J. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2003; 14(1): 37-47
18. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. *Age and Ageing* 2004; 33:230-235
19. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org> (consultado el 10/X/2004)
20. Consenso sobre un modelo para una asistencia coste-eficaz de las heridas. *Gerokomos* 1995; VI (14): V-VI
21. Plackett G. Proceedings of the international Committee on Wound Management Meeting. *Adv Wound Care* 1995; 8(5): 42-61
22. Gerding GA, Browning JS. Oxyquinoline-containing ointment vs standard therapy for stage I and stage II skin lesions. *Dermatology Nursing* 1992; 4: 389-398.
23. Bale S, Squires D, Varnon T, Walker A, Benbow M, Harding KG. A comparison of two dressings in pressure sore management. *J Wound Care* 1997; 6: 463-466.
24. Thomas S, Banks V, Bale S, Fear-Price M, Hagelstein S, Harding KG, Orpin J, Thomas N. A comparison of two dressings in the management of chronic wounds. *J Wound Care* 1997; 6: 383-386.
25. D Berlowitz, S Van B Wilking. The short term outcome of pressure sores. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 748-752.
26. Bale S, Hagelstein S, Banks V, Harding KG. Costs of dressings in the community. *J Wound Care* 1998; 7: 327-330.
27. Motta G, Dunham L, Dye T, Mentz J, O'Connell-Gifford E, Smith E. Clinical efficacy and cost-effectiveness of a new synthetic polymer sheet wound dressing. *Ostomy Wound Manag* 1999; 45: 41-49.
28. Sebern MD. Pressure ulcer management in home health care: efficacy and cost effectiveness of moisture vapor permeable dressing. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 726-729.
29. Brandeis GH, Morris JN, Nash DJ, Lipsitz LA. The epidemiology and natural history of pressure ulcers in elderly nursing home residents. *JAMA* 1990; 264: 2905-2909.
30. Burgos A, Giménez J, Moreno E, Lamberto E, Utrera M, Urraca EM, Vélez FJ, Lépez E, Martínez MA, Gómez MJ, García L. Cost, efficacy, efficiency and tolerability of collagenase ointment versus hydrocolloid occlusive dressing in the treatment of pressure ulcers. *Clin Drug Invest* 2000; 19: 357-365.





31. Kraft MR, Lawson L, Pohlmann B, Reid-Lokos C, Barder L. A comparison of Epi-Lock and saline dressings in the treatment of pressure ulcers. *Decubitus* 1993; 6: 42-48.
32. Xakellis GC, Chrischilles EA. Hydrocolloid versus saline-gauze dressings in treating pressure ulcers: a cost-effectiveness analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 463-469.
33. Xakellis GC, Franz R. The cost of healing pressure ulcers across multiple health care settings. *Adv Wound Care* 1996; 9: 18-22.
34. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayán Santos JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión. *Gerokomos* 2007; 18(4):201-210
35. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J, Mayán JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* 2006; 17(3):154-172
36. San Miguel L, Torra JE, Verdú J. Economics of pressure ulcer care: review of the literature on modern versus traditional dressings. *JWC*. 2007; 16(1):5-9
37. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org> (consultado el 19/1/2007)
38. Infección por VIH y SIDA en España. Plan multisectorial. Indicadores 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
39. Mata M, Antonanzas F, Tafalla M, Sanz P. The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study. *Gac Sanit*. 2002; 16(6):511-20
40. Jonsson B; CODE-2 Advisory Board. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. *Diabetologia*. 2002; 45(7):S5-12
41. Waterlow J. Pressure sore prevention manual. Newtons, Curland, Taunton, 1995
42. Taylor JS. Malpractice implications of pressure ulcers. *Adv Wound Care* 1994; 7(5): 45-9
43. Martell R. Lawful conduct. *Nurs Times* 1998; 94(40): 34-5
44. Green Ch. Nurses and professional negligence. *Nurs Times* 95(8): 37-41
45. Moody M. Can the development of pressure ulcers constitute abuse? *Nurs Resid Care* 2000; 2 (1): 18-26
46. Petro JA. Ethical dilemmas of pressure ulcers. *Decubitus* 1990; 3(2): 28-31
47. Tingle J. Some legal issues in wound management. *Nurs Stand* 1992; 6(34): 4-6
48. Moody M. Fighting against pressure sores and a rise in legal suits. *Brit j Health Care Manag* 1997; 3(1): 40-1







49. Moody M. Accountability in wound management. *Nurs Stand* 1992; 6(23): 10-11
50. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. *Science of Surfaces*. London: Emap Healthcare, 2005: 4-5
51. Pearsall C. Forensic Biomarkers of Elder Abuse: What Clinicians Need to Know. *J Foren Nurs*. 2005; 1(4):182-186
52. Dimond B. Litigation and pressure ulcers. En: Glover D. *Science of Surfaces*. London: Emap Healthcare, 2005: 4-5
53. Plaza Penadés J. El nuevo marco de la responsabilidad médica y sanitaria. *Revista Aranzadi de Derecho patrimonial* 2002. (2): 5-20
54. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos* 2006; 17(4): 203-224
55. Thiroux J. *Ethics, theory and practice*. California: P.Co.Inc 1980
56. Antón P. *Ética y legislación en Enfermería*. Barcelona: Masson S.A. 1995
57. Pieper A. *Ética y moral*. Barcelona: Crítica 1991
58. Thompson IE. Los principios éticos fundamentales en el cuidado de la Salud. *Br Med J*. 1988; Abril: 80-86
59. The National Commission for the protection of humans subjects of biomedical and behavioural research. Informe Belmont. DHEW Publication nº 78-0012. 1978. Disponible en [http://iier.isciii.es/er/pdf/er\\_belmo.pdf](http://iier.isciii.es/er/pdf/er_belmo.pdf) (consultado el 10/1/2007)
60. Cuddigan J, Ayelo EA, Sussman C (eds). *National Pressure Ulcer advisory Panel. Pressure ulcers in America: Prevalence, incidence and implications for the future*. Reston, VA, 2001
61. Pla de Salut de Catalunya. 1999-2002.
62. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006
63. Hibbs P. *Pressure area care for the city & Hackney Health Authority*. London: St. Bartholomews Hospital, 1987
64. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Mesa de debate: "Las úlceras por presión, un reto para el sistema de salud y la sociedad. Repercusiones a nivel epidemiológico, ético, económico y legal". Madrid. Barcelona. Logroño: GNEAUPP, 2003. Disponible en <http://www.gneaupp.org> (consultado el 10/X/2004)

